2024

Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello A.C.

Cédula de Registro de Nuevos Socios

Instrucciones y formatos.

SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO A.C.®

CÉDULA DE REGISTRO SOCIOS

REQUISITOS DE INGRESO

Para ser Socio Numerario de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, es indispensable cumplir con los requisitos que marcan los Estatutos Vigentes (17 de abril de 2017), completar la presente solicitud, reunir todos los documentos solicitados en PDF, hacer el pago de sus derechos y enviar a la siguiente dirección de correo electrónico: daniela.franchini@smorlccc.org

Si usted se inscribe durante algún curso, podrá completar esta solicitud y entregarla al personal de la SMORLCCC. Contará con hasta 1 (un) mes para reunir y terminar con el proceso de registro, en caso de que no se reciba vía electrónica la documentación y la presente solicitud, no podrá someterse la misma al Comité de Admisión y perderá la validez del pago de su inscripción, debiendo pagarlos de nuevo al momento de reactivar su proceso.

Si presenta alguna situación especial como es el caso de que algún documento esté en trámite, deberá hacerlo saber mediante carta para que el Comité de Admisión lo considere y evitar que se rechace su solicitud.

ES IMPORTANTE INCLUIR EN PDF:

- **Curriculum Vitae actualizado**
- **Copia de Título de Médico Cirujano y Copia de Cédula de Médico Cirujano**
- **Copia de Título de Especialidad y Copia de Cédula de la Especialidad.**
- **Copia de Cédula Fiscal actualizada y digital de preferencia (RFC).**
- **1 fotografía reciente (tamaño infantil a color)**
- **Presentar un trabajo inédito bajo los lineamientos de publicación (favor de consultarlo en www.smorlccc.org) mismo que será evaluado por el consejo Editorial de la Revista Anales de Otorrinolaringología Mexicana y deberá ser enviado al correo electrónico anorlmex20@gmail.com favor de enviar copia a** daniela.franchini@smorlccc.org

SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO A.C.®

CÉDULA DE REGISTRO SOCIOS

REQUISITOS DE INGRESO

EL PAGO DEBE REALIZARSE CON DEPÓSITO BANCARIO AL No. DE CUENTA 1444494-1 DEL BANCO BANORTE A NOMBRE DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO, A. C. y enviar su depósito al mail: daniela.franchini@smorlccc.org, de la misma manera agradeceremos solicitar su factura en el mismo mes de enrolamiento, posterior al mes no podrá facturarse.

- **Copia de pago de ficha de depósito por concepto de:**

PAGO DE INSCRIPCION:	**$ 1,350.00**
PAGO DE ANUALIDAD:	**$ 2,800.00 ***

- ✓ **NOTA: Se incrementará la cuota de inscripción y anualidad de acuerdo con el índice de inflación publicado por el Banco de México y al índice de precios y cotizaciones.**
- ✓ **** Acuerdo de Asamblea del pasado 03 de mayo de 2014, Sesión de Negocios, Querétaro, Qro. Mismo que se ajustará de acuerdo con el índice inflacionario del año siguiente.***

FACTURACIÓN:

- **Si usted requiere factura, agradeceremos hacérnoslo saber al momento de realizar su pago, para contemplarla en el MISMO mes de facturación correspondiente, posteriormente no podrá ser facturado.**
- **Los pagos por concepto de anualidad y/o pagos por concepto de inscripciones a cursos y congresos, facturados a personas físicas, no causará el Impuesto al Valor Agregado (IVA).**
- **Los pagos por concepto de anualidad y/o pagos por concepto de inscripciones a cursos y congresos, facturados a personas morales, sí causará el Impuesto al Valor Agregado (IVA).**
- **No aceptamos efectivo, American Express ni cheques físicamente.**

En todos los casos se aplicarán las disposiciones fiscales vigentes al momento de realizar sus pagos, para registro de socios de nuevo ingreso, de cursos y congresos posteriores.

SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO A.C.®

CÉDULA DE REGISTRO SOCIOS

Ciudad de México, a (día)_____de (mes)_____de 2024.

C. Doctor
Presidente de la
Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología
y Cirugía de Cabeza y Cuello, A. C.
Presente,

Por medio de la presente solicito de la manera más atenta mi ingreso a esta Sociedad a su cargo, en calidad de socio: ***NUMERARIO***, mismo que acepto cumplir los derechos y obligaciones que el Estatuto me señala. Anexo a la presente la hoja curricular, con los comprobantes debidos y una fotografía vía correo electrónico.

Atentamente,

_____
Nombre y firma del solicitante
Consulte nuestro Aviso de Privacidad en https://www.smorlccc.org/politica-de-privacidad-smorlccc/

Nombre y firma de dos socios vigentes y que avalen al solicitante.

_____ _____
Nombre y Firma Nombre y Firma

NOTA IMPORTANTE:

- Indispensable cumplir con todos los documentos al momento de su inscripción.
- El Comité de Admisión evaluará y determinará si han sido aprobados para su aceptación en la categoría de Socio de Nuevo Ingreso, esta decisión se le hará saber a través de comunicado escrito a su correo electrónico.
- Si usted no cumple con todos los requisitos no podrá considerarse como socio activo de la SMORLCCC.

SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO A.C.®

CÉDULA DE REGISTRO SOCIOS

Dr. (a) _____

Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno

Domicilio Fiscal:

Calle:_____ No._____ Col.:_____

Ciudad:_____ Estado:_____ C.P._____

Tel:_____ Cel:_____ Alcaldía: _____

Domicilio Consultorio:

Calle:_____ No._____ Col.:_____

Ciudad:_____ Estado:_____ C.P._____

Tel:_____ Alcaldía: _____

Datos Generales:

Hospital de Egreso:_____ Año: _____

Institución donde labora actualmente:_____

RFC:_____ CURP:_____

E-mail:_____

Pertenece al Consejo Mexicano de ORL y C.C.C: Sí _____
Número de Identificación:_____

Estado Civil:_____ Nombre Cónyuge:_____

Nota: Si los datos de contacto son modificados es mi responsabilidad actualizarlos a la brevedad posible, al personal de la SMORLCCC o mediante correo electrónico de aviso, en atención a Daniela Franchini: daniela.franchini@smorlccc.org